ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN—POLONIA
VOL. IX, 13 SECTIO D 1954

Zakład Higieny Akademii Medycznej w Lublinie
Kierownik: doc. dr med. Jan Danielski

Jan DANIELSKI

O spadku umieralności niemowląt

O снижении процента смертности у грудных детей

On the decrease of infant mortality

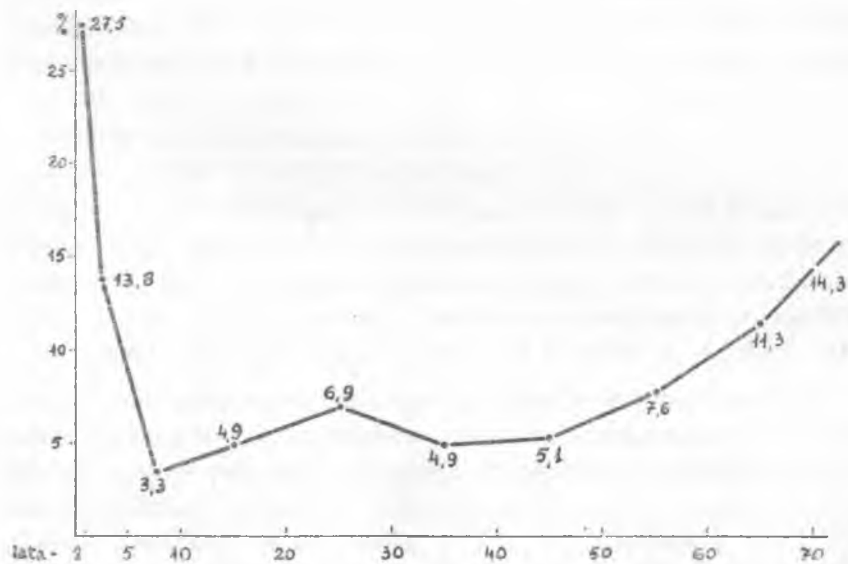
Notowany we wszystkich krajach w XX wieku wydatny spadek umieralności niemowląt jest ważnym zagadnieniem z punktu widzenia higieny i demografii. Dla ogólnego ruchu naturalnego ludności ma on znaczenie nie tylko społeczne, lecz i państwowe, stanowi jedno z podstawowych zagadnień polityki ludnościowej każdego państwa, a także łączy się z zadaniami organizacji ochrony zdrowia ludności.

W ruchu naturalnym ludności stwierdzić należy w XX wieku w większości krajów dwa podstawowe kierunki: 1) wyraźny spadek rozrodczości, jako zjawisko o charakterze negatywnym z punktu widzenia demograficznego i 2) dość znaczny spadek umieralności ogólnej (poza okresami wojen), — zjawisko demograficzne o charakterze dodatnim (Adamowiczowa — 1932, 1934, Debrè — 1933, Jakóbkiewicz — 1947, 1949).

Przyrost naturalny ludności na ogół zmniejszał się, w niektórych krajach nawet znacznie (zwłaszcza we Francji), wobec przewagi spadku rozrodczości. Okres po ostatniej wojnie światowej wykazuje jednak pewną zwyżkę urodzin w niektórych krajach, która przechodzi od 1948 r. ponownie w stopniowy spadek. Natomiast w Polsce w ostatnim dziesięcioleciu notujemy stały wzrost rozrodczości, a równocześnie spadek umieralności ogólnej i umieralności niemowląt.

Umieralność niemowląt stanowi więc część ogólnego problemu ruchu ludności i jest wskaźnikiem nie tylko stanu ochrony zdrowia ludności, lecz również i wpływu zmian postępowych socjalnych struktury państwa oraz podniesienia warunków ekonomicznych i oświaty. Zwalczanie umieralności niemowląt jest sprawą ochrony narastania sił twórczych w państwie, ponieważ umieralność w tym wieku jest znacznie wyższa niż w innych okresach życia człowieka. Racjonalna i intensywna akcja lecznicza i profilaktyczna może znacznie obniżyć umieralność niemowląt. Zrozumiałe są przeto wysiłki Służby Zdrowia we wszystkich krajach w kierunku ochrony zdrowia i życia niemowląt. Najwcześniej i najbardziej skuteczne akcje te były prowadzone w krajach skandynawskich. Wzorową organizację ochrony niemowlęctwa widzimy obecnie w Związku Radzieckim (S z t a c h e l s k a — 1950, I g n a t o w — 1950, S ł o m c z y ń s k a — 1950), intensywne też prace w tym kierunku notujemy i w innych krajach cywilizowanych.

W państwach o stosunkowo wysokiej umieralności niemowląt, zgony niemowląt do jednego roku w stosunku procentowym



Ryc. 1. Zgony według grup wieku w Polsce (w 1927 r.) — stosunek procentowy do ogólnej umieralności. Wg danych Gł. Urz. Statyst. opracowanych przez M. Kacprzaka (Higiena szkolna pod red. St. Kopczyńskiego. Warszawa 1933)

do ogólnej umieralności wynoszą około 20 i wyżej procent. Według polskich danych statystycznych odsetek ten wynosił w 1927 r. — 27,5%. Stosunek procentowy umieralności niemowląt do ogólnej umieralności według grup wieku ilustruje Ryc. 1 (w 1927 r.) według danych Oddz. Stat. P.Z.H. i Gł. Urz. Stat.

Umieralność niemowląt w Polsce z okresu przed ostatnią wojną światową, wg danych Gł. Urzędu Statystycznego, wynosiła w 1927 r. — 15,1 na 100 żywych urodzeń, następnie zaznaczył się bardzo nieznaczny spadek, gdyż w 1937 r. wynosiła jeszcze 13,6, a w 1938 r. — 14,1. Po nasileniu umieralności w czasie okupacji i w końcowym okresie wojny nastąpił po ostatniej wojnie światowej znaczny spadek liczby zgonów niemowląt, a mianowicie w 1950 r. do 10,8 i w 1952 — do 9,5, zaś w większych miastach polskich w 1947 r. — 13,7, w 1948 r. — 8,58 (w Warszawie w 1948 r. — 6,0).

Równolegle ze spadkiem ilości zgonów niemowląt we wszystkich krajach, zmniejszyła się też liczba martwych urodzeń (poniżej 2 na 100 żywych urodzeń), która przed wojną zwłaszcza w wielkich miastach wynosiła od 2—4 na 100 żywych urodzeń. (Według Adamowiczowej — 1932 około 4 w Warszawie i Łodzi, wg Tubiasza — 1950 w Warszawie w 1937 r. — 2,7).

W ogólnych ramach zagadnienia umieralności niemowląt należy rozważyć poszczególne okresy 1 roku życia dziecka, które wykazują znaczne różnice co do nasilenia umieralności w związku z większym zagrożeniem życia niemowląt w pierwszym miesiącu życia, a przede wszystkim w pierwszych dniach życia.

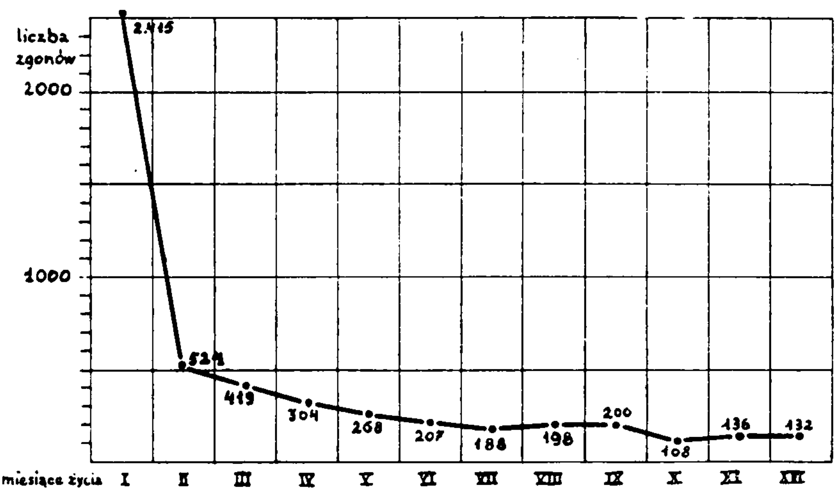
W różnych krajach, a szczególnie we Francji (wobec spadku przyrostu naturalnego ludności), poświęcają temu zagadnieniu wiele uwagi stwierdzając wielką liczbę zgonów zwłaszcza w pierwszych 5 dniach życia, przy czym francuscy badacze określają tę umieralność odrębnym terminem *„mortalité néonatale"* (czyli umieralność noworodków) w odróżnieniu od *„mortalité infantile"*, czyli od właściwej umieralności niemowląt do końca 1-go roku życia.

Stwierdzonym jest, że przyczyny umieralności w tych 5-ciu pierwszych dniach życia są przede wszystkim natury wrodzonej, a mianowicie jest to wątłość wrodzona, wady rozwojowe i wcześniactwo, powstałe wskutek patologicznych warunków życia łono-

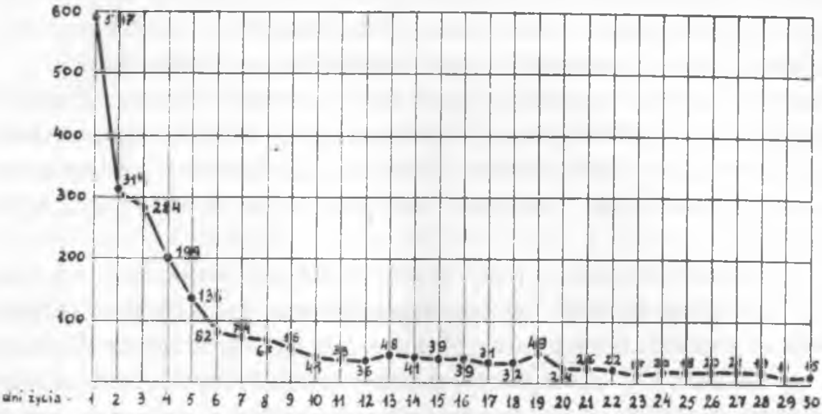
wego płodu, chorób matki, jej niedożywienia, hypowitaminozy, niezgodności czynnika Rh; poza tym umieralność noworodków bywa następstwem usiłowania pozbycia się płodu, a także następstwem powikłań przy porodzie, względnie nieumiejętnej, niefachowej pomocy położniczej. (D a w y d o w — 1949, H i r s z f e l d — 1948, M i c h a ł o w i c z — 1948, H o f m a n — 1952, H o w o r k a — 1948, K u l i k o w s k a j a — 1949).

Niektórzy przeto badacze rozróżniają tzw. „skorygowany wskaźnik umieralności niemowląt" w okresie 1-go roku życia, po odjęciu umieralności w pierwszych 5 dniach życia, według zaś innych — po odjęciu umieralności w pierwszym tygodniu życia. (C a m p b e l l — 1929, B o y e r — 1949, J a k ó b k i e w i c z — 1947, 1949, H o f m a n — 1952).

Dla ilustracji znaczenia tej „umieralności noworodków" podaję dane z Szwecji (1931 r.), dotyczące umieralności niemowląt, według poszczególnych miesięcy życia i poszczególnych dni pierwszego miesiąca życia. (Ryc. 2 i 3). Dane te wskazują, że w okresie pierwszych 5 dni życia zmarło 63% ogólnej ilości niemowląt zmarłych w pierwszym miesiącu (a 30% ogółu niemowląt zmarłych w ciągu całego roku), zaś w pierwszym miesiącu życia liczba zgonów stanowiła 47% ogólnej ilości zgonów niemowląt (J a k ó b k i e w i c z — 1949).



Ryc. 2. Zgony niemowląt w 1-szym roku życia wg miesięcy w Szwecji w 1931 r. Liczby absolutne na ogólną ilość 5159 zgonów. Wg. J. Jakóbkiewicz: Umieralność niemowląt. Warszawa 1949.



Ryc. 3. Zgony niemowląt w 1-szym miesiącu życia wg dni w Szwecji w 1931 r. Liczby absolutne na ogólną ilość 2415 zgonów. Wg. J. Jakóbkiewicz: Umieralność niemowląt. Warszawa 1949.

Znaczenie wymienionego „skorygowanego wskaźnika umieralności niemowląt" obrazuje następujące porównanie umieralności niemowląt w Holandii i Francji w 1947 r.

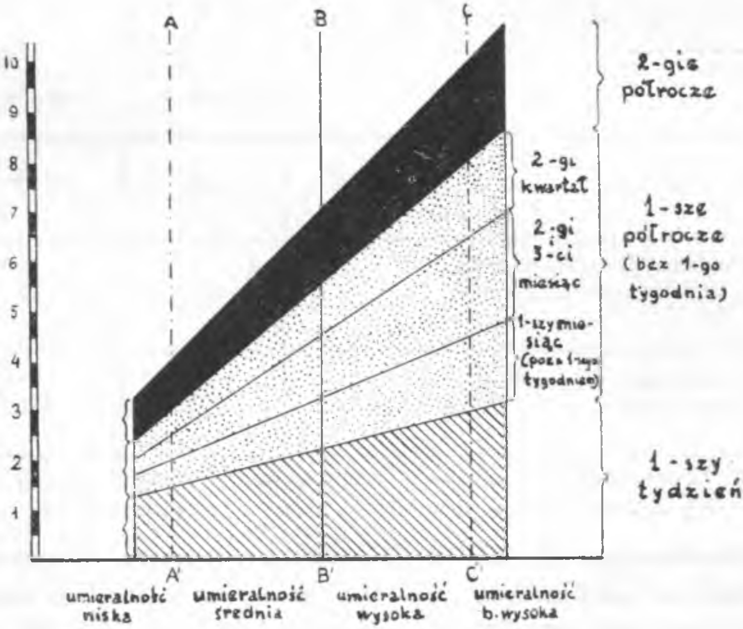
	Holandia	Francja
Umieralność ogólna niemowląt /na 100 żywych urodzeń/	2,9	6,7
Umieralność noworodków /w pierwszych 5 dniach/	1,7	1,7
Umieralność niemowląt /poza pierwszymi 5 dniami życia/	1,2	5,0

Tabl. I. Umieralność noworodków i niemowląt w Holandii i Francji w 1947 r. Wg J. Jakóbkiewicz: Umieralność niemowląt. Warszawa 1949.

Według tych danych, o ile określimy poziom porównawczy umieralności niemowląt w Holandii jako 100, okazuje się, że we Francji wskaźnik ten był w 1947 r. — 230, zaś wskaźnik umieralności skorygowanej (bez zgonów w pierwszych 5 dniach życia) był 420. Należy podkreślić, że w ogólnym problemie umie-

ralności niemowląt wysoka umieralność noworodków ma specjalnie ważne znaczenie. Przede wszystkim wskazuje ona na ogromne zagrożenie życia i potrzebę opieki lekarskiej nad dzieckiem w tym okresie, poza tym wskazuje ona na konieczność przyczynowego postępowania profilaktycznego zwłaszcza w drodze odpowiedniej opieki lekarskiej nad kobietą ciężarną. Zwalczanie umieralności niemowląt musi więc rozpocząć się jeszcze w okresie jego życia płodowego.

Charakterystycznym jest, że przy dużych wahaniach ogólnej umieralności niemowląt w poszczególnych krajach — wahania wysokości umieralności noworodków nie są tak znaczne. Zależne one są od bardziej skomplikowanych i trudniejszych do usunięcia przyczyn, związanych ze stanem zdrowia kobiety ciężarnej i przebiegiem ciąży. Z tych też względów w krajach o niskiej umieralności ogólnej niemowląt odsetek zgonów noworodków w stosunku do ogólnej liczby zgonów niemowląt jest często stosunkowo wyższy niż w krajach o wysokim poziomie tej umieralności. Przedwczesność urodzeń odgrywa tu też ważną rolę, gdyż umieralność



Ryc. 4 Umieralność niemowląt w poszczególnych okresach 1-go roku życia na 100 żywych urodzeń. (Schemat w ramach wg stopni umieralności). Wg Debré - Joannon, J. Boyer: Précis d'Hygiène. Paris 1949.

wśród wcześniaków jest znacznie wyższa (Szenajch — 1950, Kwitowa — 1950, Lewitina — 1949, Frołowa — 1951).

Spadek umieralności niemowląt notowany w XX w. w Polsce i innych krajach dotyczy przede wszystkim zmniejszenia wymienionego skorygowanego wskaźnika zgonów (poza zgonami w pierwszych dniach życia), gdzie odpowiednia opieka lekarska, pielęgnacja, właściwe żywienie i opieka społeczna mogą dać lepsze wyniki. Spadek ten świadczy także o ważnej roli warunków środowiskowych w tym zagadnieniu. Dążenie więc do zmniejszenia umieralności noworodków winno być w planie dalszych prac uwzględnione w jak najbardziej szerokim zakresie, zwłaszcza w dziedzinie opieki lekarsko-higienicznej nad kobietą ciężarną, pomocy położniczej, a także opieki nad noworodkiem i zwalczania wcześniactwa.

Rycina 4 schematycznie przedstawia umieralność niemowląt według poszczególnych okresów pierwszego roku życia (w ramach granic różnych stopni tej umieralności).

W tabeli II i ryc. 5 przedstawione są dane statystyczne, dotyczące umieralności niemowląt w Lublinie w okresie od 1939 r. do

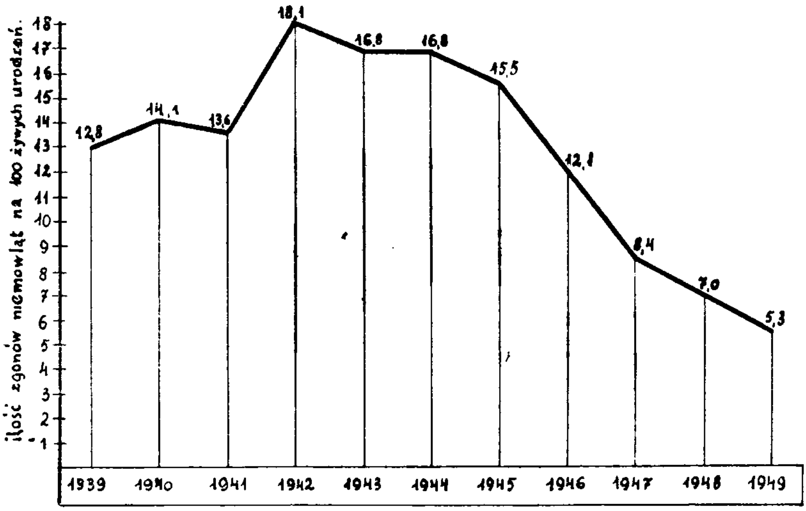
Rok	Liczba urodzeń	liczba zgonów do 1 roku	umieralność na 100 żywych urodzeń
1939	2171	277	12,8
1940	2123	300	14,1
1941	2234	308	13,6
1942	2311	419	18,1
1943	2270	380	16,8
1944	2354	396	16,8
1945	2436	378	15,5
1946	1940	235	12,1
1947	2452	207	8,4
1948	2891	200	7,0
1949	3500	186	5,3

Tabl. II. Umieralność niemowląt w Lublinie na 100 żywych urodzeń w 1939—1949 r. Wg Miejsk. Biura Statyst. w Lublinie.

1949 r., wykazujące znaczny spadek liczby zgonów (poza okresem wojny i okupacji) od 12,8 w 1939 r. do 5,3 w 1949 r.

Liczba martwych urodzeń w Lublinie w okresie 1945—47 r. wahała się około 2 na 100 żywych urodzeń (w Warszawie w 1948 r. — 1,3).

Dane uzyskane z niektórych terenów prowincjonalnych Lubelszczyzny, zebrane przez studentów IV r. Wydz. Lek. Ak. Med. w Lublinie, wskazują na stosunkowo wyższy stopień umieralności niemowląt na tych terenach w porównaniu z miastem Lublinem. Mianowicie w osiedlach wiejskich i małych osiedlach miejskich stwierdzono w 1947 r. — 13,9 zgonów niemowląt na 100. żyw. urodzeń (w osiedlach o łącznej ludności 122.169), a w 1949 r. — 7,7 (w osiedlach o łącznej ludności 138.573).



Ryc. 5. Krzywa umieralności niemowląt w Lublinie w okresie 1939—1949 r. Wg danych Biura Statyst. Prez. M.R.N. w Lublinie.

Umieralność ta była w rzeczywistości prawdopodobnie nieco wyższa, gdyż zgony noworodków czasem na terenach wiejskich nie są zgłaszane. Zwalczanie umieralności niemowląt na terenach wiejskich należy do najbardziej trudnych i palących zadań Służby Zdrowia (Chodźko — 1928, Kacprzak — 1939, Sztachelski — 1950).

Różnica pomiędzy wskaźnikiem ogólnej umieralności niemowląt i wskaźnikiem tym w większych miastach stwierdza również

większą umieralność niemowląt na wsi i w małych osiedlach miejskich.

Zagadnienie przyczyn chorobowych umieralności niemowląt poruszam w tej pracy tylko w ogólnych zarysach. Przytaczam więc niektóre dane statystyczne, które wyjaśniają rolę ważniejszych czynników chorobowych i umożliwiają ustalenie wytycznych prac leczniczych i zapobiegawczych w tym zakresie.

Z przedwojennych opracowań statystycznych wymienię dane według dużego materiału, zebranego przez Rosenau (St. Zjednoczone, 1927 r.), który podaje, że przyczyną umieralności niemowląt w stosunku procentowym do ogólnej ich umieralności są: choroby narządów trawienia w 28%, wrodzona słabość i przedwczesność w 25,5%, choroby narządów oddechowych w 18,5%, ostre choroby zakaźne w 5,4%, gruźlica w 2%, kiła w 1,2%, wady rozwojowe w 5,8% i inne w 13,6%. Gromski (1925) podkreśla natomiast znaczną umieralność niemowląt z powodu chorób narządów pokarmowych, mianowicie 44,5% w stosunku do ogólnej ilości zgonów niemowląt, zaś z powodu chorób narządów oddechowych 25,8%, z gruźlicy 8,5%, z ostrych chorób zakaźnych 8,2%. Przytoczone przez Gromskiego dane dotyczą jednak tylko dzieci, będących pod kontrolą Stacji Opieki nad Matką i Dzieckiem.

Jak kształtuje się u nas w okresie powojennym zagadnienie przyczyn chorobowych umieralności niemowląt w ogólnych ramach spadku tej umieralności? Przytoczę tu dane statystyczne z roku 1946 i 1949 dla większych miast polskich w stosunku procentowym do ogólnej umieralności niemowląt, poza tym dla porównania dane z miasta Lublina z 1949 r. (Tablica III).

Z tablicy tej wynika, że w stosunku procentowym do ogólnej liczby zgonów niemowląt zmniejsza się na ogół umieralność z powodu chorób narządu pokarmowego, również z powodu chorób narządu oddechowego i z gruźlicy (poza Lublinem).

Umieralność z chorób zakaźnych pozostaje w jednakowym stosunku procentowym ,jednak biorąc pod uwagę ogólny spadek umieralności, absolutne cyfry zgonów niemowląt z chorób zakaźnych są mniejsze. Należy poza tym podkreślić zwiększenie procentowego stosunku zgonów z przyczyn wątłości wrodzonej, przedwczesności i wad rozwojowych, przy czym zjawisko to

	Większe miasta Polski /przeciętnie/		L u b l i n
	1946	1949	1949
wątłość wrodzona, wady rozwojowe wrodzone, przedwczesność	36,28 %	40,09 %	37,08 %
choroby narządów traw.	22,68 %	17,95 %	20,43 %
choroby narządów oddech.	20,19 %	19,93 %	11,29 %
gruźlica wszystkie formy	2,34 %	1,86 %	4,29 %
choroby zakaźne i pasożytnicze wraz z kiłą	7,97 %	7,34 %	8,06 %
inne	[illegible] %	13,99 %	18,85 %

Tabl. III. Zgony niemowląt według przyczyn w odsetkach ogólnej umieralności niemowląt. Wg Wiad. Statyst. Nr 6, 1950 i Biura Statyst. w Lublinie.

zgodne jest z poprzednimi wyjaśnieniami, że w warunkach ogólnego spadku umieralności niemowląt na pierwsze miejsce wysuwają się przyczyny o charakterze wrodzonym. Nie zmniejsza to jednak znaczenia warunków środowiskowych w tym problemie.

Należy zwrócić uwagę na następujące główne czynniki, które wpływają na umieralność noworodków i niemowląt:

1) czynniki, związane ze stanem zdrowia matki w czasie ciąży i z patologicznymi warunkami rozwojowymi w życiu płodowym. W zespole tych czynników znaczną rolę odgrywa też przedwczesność urodzenia, a także wiek matki,

2) wpływy działające bezpośrednio po porodzie, przeważnie jako następstwa patologicznego przebiegu porodu, względnie uszkodzeń przy porodzie,

3) nieodpowiednie karmienie niemowląt (brak naturalnego karmienia lub niewłaściwe sztuczne karmienie),

4) brak odpowiedniej opieki lekarsko-higienicznej i właściwej pielęgnacji noworodków i niemowląt,

5) nieodpowiednie warunki higieniczne środowiskowe (złe warunki bytowania, mieszkania, żywienia itd.),

6) inne szkodliwe wpływy — o charakterze społecznym, jak np. brak opieki (dzieci opuszczone), wpływ warunków, związanych z klęskami społecznymi, jak wojna, głód, epidemie itd., niedostateczna organizacja terenowej służby zdrowia i niedostateczna ilość lekarzy specjalistów (położników, pediatrów) zwłaszcza na terenach wiejskich,

7) wpływ pory roku, klimatu i in. warunków środowiskowych.

Ujemny wpływ sztucznego karmienia niemowląt i braku stałej opieki nad nimi jest powszechnie stwierdzony. Dane statystyczne francuskiego autora Lessage (1929), co do umieralności niemowląt we Francji (w związku z karmieniem i z opieką lekarską) wskazują, że dla niemowląt karmionych piersią wynosi ona: z opieką lekarską 2—3 na 100 urodzeń, bez opieki lekarskiej 5—6, a dla niemowląt karmionych sztucznie: z opieką lekarską 6—10 na 100 urodzeń, bez opieki lekarskiej 15—40.

Badania w kierunku wpływu systematycznej opieki lekarskiej na umieralność niemowląt w Lublinie w 1949 r. wykazały znacznie niższą umieralność wśród niemowląt, będących pod opieką poradni dziecięcej I Miejskiego Ośrodka Zdrowia (1,1%) w stosunku do ogólnej umieralności niemowląt w tym roku w Lublinie (5,3%).

Wpływ warunków wojennych na zwiększenie umieralności niemowląt jest ogromny. (Skokowska-Rudolf — 1948, Lewitina — 1949).

W tabeli IV przytaczam dane, dotyczące umieralności niemowląt z okresu 1945—1947 r. zestawione przez Skokowską-Rudolf (1948) i wg Gł. Urz. Stat. dla większych miast Polski, z których widzimy olbrzymią umieralność niemowląt w 1945 r., jeszcze wojennym (przekraczającą w Olsztynie 50% liczby urodzeń). Z tej też tablicy możemy widzieć szybki spadek umieralności niemowląt w latach następnych, jako wynik energicznej i planowej akcji profilaktycznej naszych władz sanitarnych w tym zakresie.

	1938	1945	1946	1947
Bydgoszcz	-	29,7	12,7	10,7
Stalinogród	12,0	35,0	16,7	11,4
Kielce	12,8	23,1	18,3	brak dokł. danych
Kraków	8,9	12,0	10,0	7,6
Lublin	12,0	15,5	12,1	8,4
Łódź	17,2	18,3	14,3	13,9
Olsztyn	-	52,7	8,0	brak dokł. danych
Poznań	10,0	17,0	10,0	8,9
Warszawa	10,9	26,5	13,0	10,1

Tabl. IV. Umieralność niemowląt w większych miastach Polski na 100 żywych urodzeń w 1938 r. i 1945—1947 r. Wg Skokowska - Rudolf: Ochrona zdrowia matki i dziecka. Warszawa 1948, Rocznika Statyst. 1949 i Miejsk. Biura Statyst. m. Lublina.

Wnioski

Należy stwierdzić w ostatnich dziesięcioleciach znaczny spadek umieralności niemowląt we wszystkich krajach. W Polsce spadek ten zaznaczył się specjalnie wydatnie po okresie ostatniej wojny światowej.

Główne przyczyny tego zjawiska są następujące:

1) planowa i intensywna działalność władz sanitarnych i organów służby zdrowia w zakresie opieki nad matką i dzieckiem,

2) podniesienie poziomu lecznictwa klinicznego, zastosowanie nowych skutecznych środków leczniczych, jak antybiotyki (sulfamidy, penicylina, streptomycyna) i inne,

3) planowa akcja zwalczania ostrych chorób zakaźnych i chorób społecznych (gruźlicy, chorób wenerycznych), szczepienia ochronne,

4) szeroka akcja profilaktyczna w zakresie higieny ciąży i ochrony zdrowia niemowląt w instytucjach społecznego lecznictwa otwartego (Ośrodkach Zdrowia i poradniach dziecięcych D. i D.1),

5) intensywnie prowadzona w ostatnich latach akcja przeciwbiegunkowa i przeciwkrzywicza,

6) podniesienie ogólnych warunków materialnych i higienicznych bytowania ludności.

Jako ważniejsze potrzeby i kierunki prac celem dalszego obniżenia u nas umieralności niemowląt wymienić należy:

1) zwiększenie ilości lekarzy specjalistów, pediatrów i ginekologów oraz udostępnienie terenom prowincjonalnym pomocy specjalistycznej w tej dziedzinie. Poza szkoleniem nowych kadr specjalistów koniecznym jest przeszkalanie w zakresie pediatrii położnictwa i ginekologii lekarzy, pracujących w placówkach terenowej służby zdrowia.

2) zwiększenie ilości wykwalifikowanego fachowego personelu pomocniczego (położnych i pielęgniarek) zwłaszcza na terenach wiejskich,

3) zwiększenie ilości oddziałów i łóżek dziecięcych i położniczych, a także oddziałów dla noworodków w szpitalach prowincjonalnych i rozszerzenie sieci terenowych Ośrodków Zdrowia z poradniami dla matki i dziecka, kuchniami mlecznymi i izbami porodowymi, a także zwiększenie ilości żłobków i Domów Małego Dziecka,

4) zwrócenie specjalnej uwagi na zagadnienie higieny ciąży i właściwą organizację opieki położniczej i ginekologicznej w instytucjach lecznictwa zamkniętego i otwartego, przy czym równolegle winna być prowadzona akcja zwalczania chorób wenerycznych, a także walka z poronieniami i wcześniactwem oraz odpowiednia organizacja pielęgnacji wcześniaków,

5) rozszerzenie akcji zapobiegania gruźlicy niemowląt i stosowanie szczepień ochronnych BCG,

6) profilaktyka ostrych chorób zakaźnych dziecięcych i biegunek infekcyjnych. Konieczne jest również szersze stosowanie niektórych szczepień ochronnych, np. szczepień przeciwbłoniczych,

7) prowadzenie szerokiej akcji uświadamiającej w zakresie higieny macierzyństwa i niemowlęctwa, zwłaszcza na terenach wiejskich, ujętej w ramy planowej oświaty sanitarnej.

Plan sześcioletni przewidział znaczne zwiększenie ilości lekarzy i pomocniczego personelu sanitarnego, a także sieci zakładów

lecznictwa społecznego, zamkniętego i otwartego. Przewidziane jest 2,5-krotne zwiększenie ilości ośrodków zdrowia (wraz z poradniami dla matek i dzieci). W miastach 1 poradnia dla chorych dzieci ma być na 10.000 mieszkańców, na terenach prowincjonalnych 1 punkt opieki nad matką i dzieckiem na 5.000 mieszkańców, 1 poliklinika specjalistyczna na 50—80.000 mieszkańców.

Ilość łóżek dziecięcych szpitalnych ma być zwiększona do 4 na 10.000 mieszkańców. Przewidziane jest również znaczne zwiększenie ilości izb porodowych, żłobków i Domów Małego Dziecka, poza tym ma być znacznie rozszerzona akcja szczepień ochronnych (Sztachelski — 1950, Słomczyńska — 1950).

Realizacja tego szerokiego programu ochrony zdrowia matki i dziecka w planie 6-letnim jest całkowicie wykonywana i wynikiem jej jest już znaczne obniżenie umieralności niemowląt. Dalsze wykonywanie tego programu da możność całkowitego opanowania tak ważnego problemu społecznego i państwowego.

PIŚMIENNICTWO

1. Adamowiczowa S. — Warsz. Czasop. Lek. Nr 14—15, 1932.
2. Adamowiczowa S. — Warsz. Czasop. Lek. Nr 24—25, 1932.
3. Adamowiczowa S. — Zdrowie Nr 17—18, 1932.
4. Adamowiczowa S. — Zdrow. Publ. Nr 9, 1934.
5. Boyer J. — Precis d'Hygiène. Paris, 1949.
6. Campbell D. J. — Infant Mortality. London, 1929.
7. Chodźko W. — Uzdrowotnienie wsi a organizacja publicznej służby zdrowia. Warszawa, 1928.
8. Chronique de l'Organisation Mondiale de la Santé. Nr 11—12. Geneve, 1950.
9. Dawydow P. D. — Wopr. ped. i ochr. mat. diet. Vol. 17, 6, 1949.
10. Debrè M., Joannon P., Cremien-Alcan M. T. — La mortalité infantile et la mortinatalité. Paris, 1933.
11. Frołowa N. A. — Borba s niedonoszennostju, miertwoždajemostju i ranniej dietskoj smiertnostju w rejonie żenskoj konsultacji i rodilnogo doma I.U.W. Kazań, 1951.
12. Gromski M. — Opieka nad dzieckiem. Nr 5, 1925.
13. Gromski M., Bartel L. — Stacja opieki nad matką i dzieckiem. Warszawa, 1926.
14. Hirszfeld L. — Niewspółmierność serologiczna matki i płodu. Warszawa, 1948.
15. Hofman H. — Ped. Pol. Nr 6, 1952.
16. Howorka E. — Czynnik Rh i jego znaczenie w położnictwie. Warszawa, 1948.
17. Ignatow S. J. — Sow. Zdrawoochran. Nr 5. Moskwa, 1950.
18. Jakóbkiewicz J. — Walka z grożącym wyludnieniem Europy. Warszawa, 1947.
19. Jakóbkiewicz J. — Umieralność niemowląt. Warszawa, 1949.
20. Kacprzak M. — Medycyna zapobiegawcza na wsi. Warszawa, 1939.
21. Kulikowskaja A. A.: Wopr. ped. i ochr. mat. diet. Vol. 17, 3, 1949.
22. Kwitowa H. — Pol. Tyg. Lek. Nr 25, 1950.
23. Lewitina E. Z. — Wopr. ped. i ochr. mat. diet. Vol. 17, 4, 1949.
24. Michałowicz M. — Patofizjologia zakażeń wieku dziecięcego. Warszawa, 1948.
25. Rapport Epidémiologique et Démographique. Org. Mond. de la Santé Vol. 2, 3. Geneve, 1949.
26. Rocznik Statystyczny 1949. Warszawa. Gł. Urząd Statyst. 1950.

27. Rosenau M. J. — Preventive Medecine and Hygiene. New York, 1927.
28. Skokowska-Rudolf M. — Ochrona zdrowia matki i dziecka. Warszawa, 1948.
29. Szenajch W. — Ped. Pol. Nr 5—6 i 10, 1950.
30. Słomczyńska H. — Zdrow. Publ. Nr 3—4, 1950.
31. Słomczyńska H. — Zdrow. Publ. Nr 9—10, 1950.
32. Sztachelska J. — Organizacja opieki nad matką i dzieckiem w Związku Radzieckim. Warszawa, 1950.
33. Sztachelski J. — Zdrow. Publ. Nr 9—12, 1950.
34. Tubiasz S. — Zdrowie matki i dziecka w świetle danych statystycznych. Warszawa, 1948.
35. Tubiasz S. — Matka i noworodek w świetle ruchu naturalnego ludności m. st. Warszawy (lata 1937 i 1947). Warszawa, 1950.
36. Wiadomości statystyczne. Warszawa. Gł. Urząd Statyst. Zesz. 6, 1950.

РЕЗЮМЕ

Автор рассматривает вопрос смертности у детей грудного возраста с демографической и статистической точек зрения, обращая при этом особенное внимание на социальное и государственное значение этой проблемы.

В Польше смертность среди грудных детей значительно понизилась, от 15,1 в 1927 г. до 8,58 в 1949 г. (в больших городах), а в Варшаве в 1948 г. до 6.

Автор обращает внимание на высокий процент смертности в течение I-го месяца жизни и особенно в первые 5 дней жизни. Автор объясняет это явление влиянием факторов, имеющих врожденный характер или факторов связанных со средой.

Затем автор представляет некоторые данные, иллюстрирующие смертность грудных детей в г. Люблине и в Люблинском воеводстве.

Автор обсуждает главные причины смертности среди грудных детей, как: врожденная слабость, пороки в развитии, преждевременность, болезни пищеварительных органов, острые заболевания дыхательных путей, а также инфекционные болезни.

Обсудив причины социального характера, связанные с условиями среды, а также народные бедствия как напр. война, автор рассматривает факторы, оказывающие влияние на снижение смертности среди грудных детей, а также важнейшие нужды и средства необходимые для дальнейшего ее снижения.

Автор обращает особенное внимание на значение систематической врачебной и гигиенической помощи и опеки над беременными женщинами, новорожденными и грудными детьми, начиная с первых дней их жизни. Кроме того автор подчеркивает важную роль социальных условий и условий среды, а также задачи в этом отношении органов здравохранения.

SUMMARY

The author discusses the problem of infant mortality from the demographic and statistical point of view, stressing the social and state importance of this problem.

In Poland infant mortality decreased considerably from 15,1 in 1927 to 8,58 in 1949 (in great cities), and in Warsaw fell in 1948 to 6,0.

The author calls attention to a great percentage of deaths in the first month of life and especially in the first 5 days of life, and explains the rôle of inborn and environmental influences. There are given also some statistical data concerning infant mortality in the city of Lublin and in the Lublin district.

Then the author cites the chief causes of infant mortality, such as congenital debility and malformations, prematurity, then gastro-intestinal diseases, acute respiratory diseases and infections diseases.

After considering the causes of environmental and social nature, and also such social disasters as wars, the author cites the factors influencing the decrease of infant mortality, as well as the most important requirements and tasks for obtaining further decrease.

The author especially underlines the importance of systematic medical and hygienic care of pregnant women and of newborn and infants from the first days of their life. The considerable role of environmental and social conditions and important tasks of public health services in this connection is also stressed.

Papier druk. sat. III kl. 80 g Format 70 x 100 Ark. druku 1+2 str
Annales U. M. C. S. Lublin 1954. Lub. Druk Prasowa—Lublin, Buczka 12. Zam. 3442 21.XII.1954 r.
825 egz. A-6-3061 Data otrzymania manuskryptu 21.XII.1954 r. Data ukończenia druku 21.II.55.